

## تعليمات لإكمال الاستمارة SSA-827

سجلات من سيتم الإفصاح عنها  
نرجو ذكر اسمك الأول، اسمك الأوسط، واسم العائلة، رقم الضمان الاجتماعي، وتاريخ ميلادك.

تقدم هذه التعليمات باللغة العربية نص الكلمات التي تحتويها النسخة الإنجليزية من الاستمارة SSA-827 يجب أن توقع على الاستمارة، وتكتب التاريخ، وتعيد النسخة الإنجليزية من الاستمارة SSA-827 إلى مكتب الضمان الاجتماعي المحلي للبدء في فحص طلبك الخاص بالإعاقاة.

### تحويل الإفصاح عن معلومات لإدارة الضمان الاجتماعي (SSA)

**\*\* نرجو قراءة الاستمارة بأكملها، كلا الصفحتين، قبل التوقيع بأدناه \*\***

**أتطوع بتحويل وطلب الإفصاح (بما فيها تبادل الأوراق، التبادلات الشفهية والتبادلات الإلكترونية):**  
**عن ما جميع سجلاتي الطبية؛ كذلك السجلات التعليمية وجميع المعلومات الأخرى المتعلقة إلى قدرتي بإجراء المهام. يتضمن هذا الإذن الخاص بالإفصاح عن:**  
1. كل السجلات والمعلومات الأخرى عن علاجي، بقائي بالمستشفى، والرعاية لتعويقي (لتعويقاتي) كشخص غير مقيم بالمستشفى، بما فيها ولكن ليست مقصورة على:

- التعويق (التعويقات) النفسي أو العقلي (باستثناء "ملاحظات العلاج النفسي" كما هو معرف في 45 CFR 164.501  
- سوء استخدام المخدرات، الإدمان الكحولي، وسوء استخدام المواد الأخرى  
- فقر دم الخلايا الهالالية  
- سجلات قد تشير على أدلة وجود مرض معدي أو مرض تناسلي، وقد يشمل ذلك، ولكن غير مقصور على، أمراض مثل التهاب الكبد، مرض الزهري، مرض السيلان، وفيروس نقص مناعة الإنسان والذي يعرف أيضا باسم فيروس مرض نقص المناعة المكتسبة (AIDS)، واختبارات فيروس نقص لمناعة (HIV).
- التعويقات التي تتعلق بالعوامل الوراثية (بما فيها نتائج اختبارات العوامل الوراثية)  
معلومات عن كيفية تأثير تعويقي (تعويقاتي) على قدرتي لإكمال أعمال وأنشطة المعيشة اليومية، والتأثير على قدرتي على العمل.
3. نسخ من الاختبارات التعليمية أو التقييمات، بما فيها البرامج التعليمية الفردية، التقييمات التي تتم كل ثلاث سنوات، التقييمات النفسية وتقييمات الحديث، وسجلاتي الأخرى التي يمكن أن تساعد على تقييم الاختصاص، وملاحظات وتقييم المدرسين.
4. المعلومات التي يتم إعدادها خلال 12 شهرا بعد تاريخ توقيع هذا التحويل، وكذلك المعلومات السابقة.

### من من

- جميع المصادر الطبية (المستشفيات، العيادات، المختبرات، الأطباء، أطباء النفس، الخ.) بما فيها أماكن الرعاية الصحية للصحة العقلية، والتقويم، والعلاج من الإدمان، وإدارة شئون مجربي الحروب VA
- جميع المصادر التعليمية (المدارس، المدرسين، المسؤولين عن السجلات، المرشدين، الخ.)
- الموظفون الاجتماعيون/مرشدهو استعادة المقدرة
- المستشارون الفاحصون التي تستخدمهم إدارة الضمان الاجتماعي SSA
- أصحاب العمل
- الأشخاص الآخرين الذين قد يكونوا على علم بحالتي (العائلة، الجيران، الأصدقاء، موظفي الحكومة)

### إلى من

إدارة الضمان الاجتماعي وهيئة الولاية المخولة بفحص حالتي (عادة تسمى "خدمات تحديد التعويق")، بما فيها خدمات التعاقد للنسخ، والأطباء والمهنيين الآخرين الذين تم استشارتهم أثناء الفحص [كذلك للدعوات الدولية، إلى وزارة الخارجية الأمريكية مناصب الخدمات الأجنبية]

### الغرض

تحديد ما إذا كنت مخول للمخصصات، بما فيها فحص التأثير المشترك لتعويقاتي والتي قد لا تتماثل وحدها لتعريف SSA للتعويق، وإذا كنت قادر على تدبير مثل هذه المخصصات. ضع علامة في المربع الذي على اليسار في النسخة الإنجليزية للاستمارة SSA-827 إذا كنا سنقوم بتحديد ما إذا كنت قادر على تدبير المخصصات فقط. (ضع العلامة فقط إذا هذا ينطبق).  
**متى تنتهي الصلاحية** هذا التحويل صالح لمدة 12 شهر من تاريخ التوقيع (بأسفل توقيع)

- أحول باستخدام نسخة (بما فيها نسخة إلكترونية) من هذه الاستمارة للإفصاح عن المعلومات المذكورة بعاليه.
- أعلم أن هناك بعض الظروف التي قد يتم فيها إعادة الإفصاح عن هذه المعلومات إلى أطراف أخرى (أنظر صفحة 2 للتفاصيل).
- قد أقدم بطلب كتابي إلى إدارة الضمان الاجتماعي SSA ومصادري لإلغاء هذا التحويل في أي وقت (أنظر صفحة 2 للتفاصيل).
- سنقوم إدارة الضمان الاجتماعي SSA بإعطائي نسخة من هذه الاستمارة إذا طلبتها، قد أقدم بطلب للمصدر للسماح لي بفحص أو الحصول على نسخة من الأوراق التي سيتم إفصاحها.
- قد قمت بقراءة صفحتي هذه الاستمارة وأوافق على الإفصاحات من المصادر المذكورة بعاليه.

**\*\*\* نرجو التوقيع باستخدام الحبر الأزرق أو الأسود فقط. \*\*\***

| <b>الشخص الذي يخول بالإفصاح</b>   |  |
|---|--|
| إذا لم يتم التوقيع بواسطة الشخص الذي ينطبق عليه هذا الإفصاح، أذكر أساس السلطة للتوقيع. ضع علامة على المربع المناسب في النسخة الإنجليزية من استمارة SSA-827 لذكر ما إذا كان الشخص الموقع هو والد (أو والدة) شخص قاصر، ولي الأمر، أو ممثل شخص آخر (شرح). قم بتوقيع النسخة الإنجليزية من استمارة SSA-827 في المكان المحدد إذا كان قانون الولاية يتطلب توقيع شخصين اثنين. | يجب أن يقوم الفرد بالتوقيع وكتابة التاريخ على هذا التحويل، وعليه كتابة عنوانه (عنوانها)، المدينة، الولاية، الرقم البريدي، رقم التليفون، ورقم المنطقة |

**شاهد:** في هذا الجزء من النسخة الإنجليزية لاستمارة SSA-827، يجب أن يوقع شخص كشاهد يعرف الشخص الذي يقوم بالتوقيع، وعليه تقديم رقم تليفونه أو عنوانه (رقم تليفونها أو عنوانها). هناك مساحة لتوقيع شاهد ثاني إذا كان هناك حاجة لذلك.

تم إعداد هذا التحويل العام والخاص للامتثال للشروط الخاصة بالإفصاح عن المعلومات الطبية، والتعليمية، والمعلومات الأخرى حسب ("HIPAA") 104-191 P.L. CFR 45 جزء 160 و CFR 42 U.S. Code section 290dd-2؛ 38 CFR 1.475؛ 38 U.S. Code section 7332؛ 20 CFR 42 جزء 34 CFR 20 U.S. Code section 1232g ("FERPA")؛ 300 و 99؛ وقانون الولاية.

## شرح استمارة SSA-827

نحتاج لتحويلك الكتابي للمساعدة في الحصول على المعلومات المطلوبة لمراجعة طلبك، ولتحديد مقدرتك على تدبير المخصصات. تتطلب القوانين والتنظيمات أن يكون لدى مصدر المعلومات الشخصية تحويل موقع قبل إفصاحها لنا. وتتطلب القوانين أيضا تحويل خاص للإفصاح عن المعلومات الخاصة بحالات معينة والمعلومات من المصادر التعليمية.

يمكنك تقديم هذا التحويل بتوقيع استمارة رقم SSA-827. يسمح القانون الفيدرالي للمصادر التي تحتفظ بمعلومات عنك بالإفصاح عن هذه المعلومات إذا قمت بتوقيع تحويل واحد بالإفصاح عن كل استمارة معلوماتك من كل المصادر المحتملة. سنقوم بعمل نسخة منها لكل مصدر. لا تستطيع جهة مغطاة (والتي هي مصدر معلومات طبية عنك) أن تشترط العلاج، أو الدفعات، أو التسجيل أو التحويل للمخصصات، أو توقيعك على استمارة التحويل هذه، من عدمه. تتطلب بعض الولايات وبعض مصادر المعلومات أن يحتوي التحويل على أسماء المصادر التي تحولها أنت بالإفصاح عن المعلومات الشخصية. في هذه الحالات قد نطلب منك توقيع تحويل لكل مصدر وقد نقوم بالاتصال بك مرة أخرى إذا كنا في احتياج لتوقيعك على تحويلات أخرى.

من حقك إلغاء هذا التحويل في أي وقت، إلا في حالة قيام مصدر للمعلومات، بالاستناد الفعلي على هذا التحويل، بعمل ما. للإلغاء قم بإرسال طلب كتابي لأي مكتب ضمان اجتماعي. وإذا فعلت ذلك أرسل نسخة إلى أي مصدر ترغب ألا يقوم بإفصاح معلومات عنك. تستطيع إدارة الضمان الاجتماعي SSA إخبارك عما إذا كنا قد اكتشفنا أي مصادر لم نخبرنا عنها. قد تستخدم إدارة الضمان الاجتماعي SSA معلومات الإفصاح عنها قبل الإلغاء لاتخاذ قرار في طلبك.

إن سياسة إدارة الضمان الاجتماعي SSA هي تقديم خدمات للأشخاص الذين لا يتقنون اللغة الإنجليزية بلغتهم الأصلية أو بطريقة الاتصال المفضلة حسب القانون الإداري 13166 (11 أغسطس 2000) وقانون تعليم الأشخاص المعوقين. نقوم إدارة الضمان الاجتماعي SSA بكل مجهود معقول للتأكد من تقديم المعلومات في استمارة SSA-827 لك بلغتك الأصلية أو لغتك المفضلة.

### معلومات هامة وإعلان يتطلبه قانون الخصوصية

جميع المعلومات الشخصية التي تجمعها إدارة الضمان الاجتماعي SSA هي تحت حماية قانون الخصوصية لعام 1974. بمجرد إفصاح المعلومات الطبية لإدارة الضمان الاجتماعي SSA فإنها لا تصبح محمية بشروط خصوصية المعلومات الصحية لقانون 45CFR جزء 164 (جعلها قانون إمكانية النقل والمسئولية (HIPAA) للتأمين الصحي إجبارية). تحتفظ إدارة الضمان الاجتماعي SSA بالمعلومات الشخصية بتمثيل كامل لجدول الحفظ التي تم تأسيسها ويتم الحفاظ عليها بالاتحاد مع السجلات القومية وإدارة السجلات. عند انتهاء دورة الحياة النافعة لسجل ما فإنه يتم تدمير ه حسب شروط الخصوصية كما هي منصوصة في 36CFR جزء 1228.

إدارة الضمان الاجتماعي SSA مخولة لجمع المعلومات على الاستمارة SSA-827 بالأقسام (a) 205، (A) (5) (d) 223، (i) (H) (3) (a) 1614، (1) (d) 1631 و (A) (1) (e) 1631 من قانون الضمان الاجتماعي. نستخدم المعلومات التي نحصل عليها بهذه الاستمارة لتحديد تحويلك أو استمرار تحويلك للمخصصات ومقدرتك على تدبير أي مخصصات تتسلمها. يحتوي هذا الاستخدام عادة على مراجعة المعلومات بواسطة هيئة الولاية التي تقوم بدراسة حالتك وموظفي التحكم في الجودة بإدارة الضمان الاجتماعي. في بعض الحالات قد يراجع معلوماتك موظفي إدارة الضمان الاجتماعي الذين يقومون بفحص طعنك في قرار، أو بواسطة محققين للبت في ادعاءات الاحتيال أو سوء المعاملة، وقد تستخدم في أي إجراءات إدارية، مدنية، أو جنائية.

التوقيع على هذه الاستمارة هو اختياري، ولكن قد يمنع عدم توقيعها أو إلغائها قبل حصولنا على المعلومات الضرورية لاتخاذ قرار صحيح أو خلال فترة زمنية معقولة بشأن طلبك، وقد يؤدي إلى عدم الموافقة على، أو فقد المخصصات. وبالرغم من أن المعلومات التي نجمعها بهذه الاستمارة لا يتم استخدامها إطلاقا لأي غرض بخلاف المذكور بعاليه، فإن المعلومات قد يتم الإفصاح عنها بواسطة إدارة الضمان الاجتماعي SSA بدون موافقتك، إذا كانت مخولة بالقوانين الفيدرالية مثل قانون الخصوصية وقانون الضمان الاجتماعي. مثلا، قد تصح إدارة الضمان الاجتماعي SSA معلومات:

1. لمساعدة طرف ثالث (مثلا الأطباء المستشارون) أو هيئة حكومية أخرى لمساعدة إدارة الضمان الاجتماعي SSA في تحديد حقوق لمخصصات الضمان الاجتماعي و / أو التغطية؛
  2. حسب قانون يخول الإفصاح عن معلومات من سجلات الضمان الاجتماعي (مثلا، إلى المفتش العام، إلى الهيئات أو مراجعي الحسابات الفيدراليين أو التابعين للولاية، أو إلى إدارة شئون مجربي الحروب (VA)؛
  3. للأبحاث الإحصائية وأنشطة ومراجعة الحسابات الضرورية للتأكد من تكامل وتحسين برامج الضمان الاجتماعي (مثلا، إلى مكتب إحصاء السكان وإلى الهيئات الخاصة المتعاقدة مع إدارة الضمان الاجتماعي SSA.
- لن نقوم إدارة الضمان الاجتماعي SSA بإعادة الإفصاح، بدون موافقة كتابية مسبقة ومناسبة، عن معلومات (1) تتعلق بسوء استخدام الكحول و / أو المخدرات كما هو مذكور في CFR 42 جزء 2، أو (2) من السجلات التعليمية لقاصر تم الحصول عليها حسب CFR 34 جزء 99 (قانون حقوق العائلة التعليمية وقانون الخصوصية FERPA) أو (3) خاصة بالصحة العقلية، التعوق التطويري، AIDS، أو HIV.

قد نستخدم أيضا المعلومات التي تعطينا لنا عندما نقوم بمقارنة السجلات عن طريق الكمبيوتر. تقارن برامج المقارنة سجلاتنا بسجلات الهيئات الفيدرالية، هيئات الولاية، وهيئات الحكومة المحلية. قد تستخدم كثير من الهيئات برامج المقارنة لاتخاذ قرار أو لإثبات أن شخص ما مخول للمخصصات التي تدفعها الحكومة الفيدرالية. يسمح القانون بعمل ذلك حتى لو لم توافق عليه.

يمكن الحصول على تفصيلات الأسباب المحتملة لاستخدام أو إعطاء المعلومات التي تقدمها إلينا عند الطلب من أي مكتب ضمان اجتماعي.

### قانون تقليل استخدام الأوراق

جمع هذه المعلومات بتمثيل مع متطلبات § 3507 U.S.C. 44 المنقح بقسم 2 لقانون تقليل استخدام الأوراق لعام 1995. لا تحتاج لإجابة هذه الأسئلة إلا إذا قمنا بعرض رقم تحكم صالح المفعول من مكتب الإدارة والميزانية. نقدر أن قراءة التعليمات وجمع الحقائق، وإجابة الأسئلة ستستغرق 10 دقائق. أرسل أو احضر الاستمارة المكتملة إلى مكتب الضمان الاجتماعي المحلي. المكتب مدرج في دليل تليفونك تحت عنوان هيئات حكومة الولايات المتحدة، أو يمكنك الاتصال تليفونيا بالضمان الاجتماعي على رقم 1213 - 772 - 800 - 1. يمكنك إرسال تعليقات على تقديرنا للوقت المذكور بعاليه إلى: SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235 - 6401. هذا العنوان، وليست الاستمارة المكتملة.